

Displasia de cadera (en adultos)

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La displasia de cadera significa que la cavidad de la cadera es más poco profunda de lo normal, por lo que no cubre por completo la “bola” situada en la parte superior del fémur. Muchas personas la padecen sin saberlo, ya que puede no haber ningún dolor hasta que la cadera comienza a desgastarse prematuramente.

El síntoma más común es un dolor profundo en la parte frontal de la ingle, generalmente en un solo lado. Este dolor suele ir aumentando gradualmente en lugar de aparecer de repente. Algunas personas lo sienten en la parte externa de la cadera; este dolor lateral suele ser más leve y fácil de pasar por alto. Por lo general, el dolor empeora con la actividad, especialmente con caminatas largas o periodos prolongados de pie; a menudo aparece al final del día, cuando los músculos de la cadera se cansan. Descansar suele aliviarlo.

El dolor también puede intensificarse cuando la cadera se flexiona y gira hacia adentro; por ejemplo, al ponerse un zapato sentado, al agacharse para cargar el lavavajillas o al entrar en un coche bajo. Es posible que note una sensación de chasquido, “clic” o “pop” en lo profundo de la ingle; eso podría indicar que el borde blando de cartílago que rodea la cavidad, llamado labrum, está irritado o desgarrado.

Con el tiempo, el dolor puede agotarlo. Es posible que reduzca sus paseos, actividades deportivas o el uso de escaleras; incluso permanecer de pie en el trabajo o hacer cola se vuelve incómodo. Algunas personas desarrollan una ligera cojera o un andar tambaleante, en el que la cadera se hunde hacia el otro lado al dar un paso, porque los músculos que mantienen la cadera estable trabajan más de lo necesario.

Si le diagnosticaron problemas de cadera en la infancia o adolescencia, o si recibió tratamiento por una dislocación de cadera, esto podría estar relacionado. No obstante, muchas personas llegan a la edad adulta sin ningún antecedente de problemas de cadera; el primer signo suele ser simplemente ese dolor en la ingle que no desaparece.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Imagine que su cadera es una pelota dentro de un recipiente. En una cadera sana, el recipiente envuelve bien la pelota, de modo que el peso corporal se distribuye sobre una superficie amplia y lisa. En su caso, el recipiente es más poco profundo y vertical de lo normal, por lo que cubre menos parte de la pelota. El peso corporal, entonces, se concentra en una zona mucho más pequeña de cartílago situada cerca del borde del acetábulo; es como caminar por el borde de la suela del zapato en lugar de hacerlo con todo el pie. Esa pequeña zona recibe una presión muy superior a la que está diseñada para soportar, y con el paso de los años comienza a deteriorarse.

El acetábulo poco profundo también hace que la articulación sea inestable. La pelota puede desplazarse ligeramente dentro del acetábulo, y el borde blando de cartílago que rodea el acetábulo, llamado labrum, debe esforzarse al máximo para mantener la estabilidad. El labrum funciona como una junta de goma que sella la articulación; sin embargo, un acetábulo poco profundo le exige realizar una función para la que no fue concebido. Esto provoca irritación e incluso desgarros, que son la causa principal del dolor inguinal y de los chasquidos que usted siente. Los músculos circundantes a la cadera también trabajan más para estabilizar la articulación; por eso se cansan al final del día y permanecer de pie durante largos periodos resulta incómodo.

Esta condición suele iniciarse antes del nacimiento o en la primera infancia, cuando el acetábulo no termina de formarse alrededor de la cabeza femoral. Es más frecuente en niñas y suele ser hereditaria. Algunas caderas se ven afectadas de forma leve; otras son lo suficientemente inestables como para que la cabeza femoral se desplace parcialmente fuera del acetábulo; un número menor presenta una luxación completa. Las formas más leves a menudo pasan desapercibidas hasta la edad adulta, cuando el cartílago y el labrum, sobrecargados, finalmente comienzan a manifestar síntomas. Si este desgaste adicional no se controla, la articulación puede desarrollar artritis por desgaste en edades más tempranas de lo habitual.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su cadera y solicitamos estudios de imagen cuando es necesario. Las radiografías muestran hasta qué punto la cavidad acetabular cubre la cabeza femoral. Los escáneres aportan información adicional sobre el cartílago, el labrum y la forma del hueso.

En el caso de un problema crónico como este, normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico. Un buen punto de partida es modificar sus hábitos de actividad: reducir las caminatas prolongadas, el tiempo de pie o las cargas pesadas puede aliviar el dolor, siempre que mantenga la cadera en movimiento de formas que no la irriten. La fisioterapia tiene como objetivo fortalecer los músculos que estabilizan la cadera, de modo que se cansen menos al final del día y la articulación se mueva con mayor fluidez. Por lo general, le damos a este enfoque una oportunidad razonable durante varios meses antes de considerar otras alternativas.

Los analgésicos pueden ayudarle a seguir activo durante este período. Los medicamentos para el dolor y antiinflamatorios, tomados según las indicaciones de su médico de cabecera, pueden aliviar el malestar lo suficiente para que pueda realizar sus ejercicios. No garantizamos ningún resultado específico con los medicamentos; su función es hacer que la fisioterapia y la vida cotidiana sean más cómodas mientras determinamos cuáles son las necesidades de su cadera.

Si estos pasos no logran la mejora deseada, hablamos sobre la cirugía. La opción principal para adultos es una intervención en la que se corta el hueso de la cavidad acetabular y se repositiona, de modo que esta cubra la cabeza femoral como corresponde. De esta forma, el peso corporal se distribuye sobre una zona más amplia del cartílago y se reduce la presión sobre sus bordes. El objetivo es mantener su propia cadera en funcionamiento el mayor tiempo posible y retrasar la aparición de la artritis por desgaste. En algunos casos, se combina con una artroscopia para reparar un labrum desgarrado. Si la articulación ya está muy deteriorada, un reemplazo total de cadera podría ser la mejor opción. Le explicaremos cuál alternativa se adapta a su caso, y juntos decidirán cuál es el siguiente paso a seguir.

Qué esperar

La displasia de cadera normalmente no mejora por sí sola. Dado que la cavidad acetabular cubre menos de la cabeza femoral de lo que debería, siempre es la misma zona de cartílago la que soporta la carga cada vez que camina o se para. Con el paso de los años, esa zona se desgasta, y el dolor que siente ahora tiende a volverse constante en lugar de aparecer y desaparecer. Si no se trata, una cavidad acetabular poco profunda es una causa conocida de artritis por desgaste que aparece precozmente en la vida adulta.

La velocidad con la que esto ocurre varía mucho según cada cadera. Algunas caderas con cambios leves siguen funcionando bien durante años, mientras que otras se desgastan antes. Si en sus radiografías ya se observan signos iniciales de desgaste, aproximadamente una de cada tres personas con su mismo patrón de forma de cadera necesitará una prótesis total de cadera en los siguientes 10 años, y cerca de dos de cada tres en los siguientes 20 años. Estas son cifras promedio, no una predicción personal; la forma exacta de su cavidad acetabular determina en qué punto de ese rango se situará usted.

Con el tratamiento adecuado, el pronóstico puede ser muy distinto. La operación que recoloca la cavidad acetabular busca distribuir el peso sobre más superficie cartilaginosa y frenar dicho desgaste. En pacientes adecuadamente seleccionados, alivia el dolor y mejora el funcionamiento de la cadera. La mayoría de las personas activas que se someten a esta cirugía vuelven a sus niveles de actividad previos o incluso los superan. Su propia cadera puede seguir funcionando durante mucho tiempo: alrededor del 86 % de las caderas siguen sin necesitar prótesis a los 10 años, y cerca del 60 % a los 20 años. A los 30 años, aproximadamente el 29 % de las caderas se mantienen intactas; esto no es sorprendente, pues muchas caderas acaban desgastándose y requiriendo prótesis más adelante.

Hay varios factores que pueden dificultar un buen resultado, y su cirujano los evaluará junto con usted. La edad avanzada en el momento de la cirugía, la presencia previa de artritis y una mala adaptación entre las superficies articulares reducen las probabilidades de éxito. Cuando la cadera ya está muy desgastada, la prótesis total de cadera suele ser la opción más fiable; quienes se someten a esta intervención por displasia pueden esperar

menos dolor y mejor funcionalidad, con tasas de reemplazo similares a las de cualquier otro paciente sometido a la misma operación.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si experimenta un dolor profundo en la parte delantera de la ingle o en el exterior de la cadera que reaparece con la actividad; especialmente si dicho dolor empeora a lo largo del día o tras caminar o estar de pie durante mucho tiempo. Solicite una evaluación especializada si el dolor persiste después de varios meses de modificar sus actividades, o si nota chasquidos o sonidos extraños en la zona de la ingle, cojera o andar tambaleante, o si ha comenzado a reducir sus actividades debido al dolor en la cadera. Informe a su médico si alguno de sus padres, hermanos o hermanas ha padecido displasia de cadera o se ha sometido a un reemplazo de cadera precozmente, o si usted recibió tratamiento por una luxación de cadera en la infancia. Esta información ayuda a determinar con qué rapidez debe ser atendido.